



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO - DNUT**

KESLLY TAYNÁ SILVA CABRAL

**Comportamento alimentar de risco para transtornos
alimentares em adolescentes de uma escola particular
de Lagarto/SE: Uma serie de casos**

LAGARTO

2017

KESLLY TAYNÁ SILVA CABRAL

Comportamento alimentar de risco para transtornos alimentares em adolescentes de uma escola particular de Lagarto/SE: Uma serie de casos

Projeto do Trabalho de conclusão de curso apresentado no módulo de TCC2 no Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Sergipe – Campus Antônio Garcia Filho, como requisito parcial para aprovação deste módulo.

Orientadora: Silvana Castro de Brito Sottero

LAGARTO

2017

RESUMO

Introdução: Este estudo tem como tema central o comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes de escolas privadas do município de Lagarto/SE. **Objetivo Geral:** O presente estudo teve como objetivo relatar 9 casos de comportamento alimentar com risco para transtornos alimentares apresentando os diversos resultados dos testes aplicados e percepções corporais dos indivíduos. **Metodologia:** A pesquisa tem como ferramentas o questionário EAT-26; questionário BITE; a escala de silhuetas proposta por Stunkard, Sorenson e Schlusinger, além da avaliação da altura e peso para determinação do IMC. Espera-se que com essa pesquisa se possa caracterizar a população de risco descrevendo os fatores determinantes para o desenvolvimento de tais patologias. **Resultados e Discussão:** É visto que na maioria dos casos relatados nesse estudo, os indivíduos necessitam de investigação psicológica para diagnóstico de transtornos alimentares sabendo-se que estes apresentaram diagnóstico positivos para os transtornos investigados através dos questionários. Este revela resultados comuns a diversos estudos na área. **Conclusão:** Apesar da complexidade para chegar-se ao diagnóstico de transtornos alimentares, devido heterogeneidade dos determinantes da patologia, os relatos de casos mostraram que esse problema sociosanitário tem se tornado cada vez mais comum entre os adolescentes, confirmando que esse grupo em questão está suscetível a doença por fatores comumente citados na bibliografia.

Palavras-chave: Comportamento alimentar. Transtorno alimentar. Anorexia nervosa. Bulimia nervosa.

Introduction: This study has as its central theme the risk behavior for eating disorders in adolescents from private schools in the municipality of Lagarto/SE. **Objective:** The present study aimed to report 9 cases of eating behavior with risk for eating disorders presenting the different results of applied tests and body perceptions of the individuals. **Methodology:** The research has as tools the EAT-26 questionnaire; BITE questionnaire; The scale of silhouettes proposed by Stunkard, Sorenson and Schlusinger, in addition to the evaluation of height and weight for determination of BMI. It is hoped that this research can characterize the population at risk describing the determinants for the development of such pathologies. **Results and discussion:** It is the case that most of the cases related to the diagnosis of the disorder are associated with the diagnosis of the disorders that are investigated through the questionnaires. Showing results common in the area. **Conclusion:** Despite the complexity of obtaining a diagnosis of eating disorders, due to the heterogeneity of the determinants of the pathology, the case reports that this socio-sanitary problem is becoming increasingly common among adolescents, Disease by common criteria cited in the literature.

Keywords: Food behavior. Eating disorder. Nervous anorexia. Nervous bulimia.

SUMARIO

Introdução.....	05
Metodologia.....	07
Resultados.....	10
Discussão.....	14
Conclusão.....	19
Referências.....	20

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o reconhecimento dos transtornos alimentares como problema socio sanitário ainda é recente, sendo portanto, escassos os estudos disponíveis mesmo que ainda se registrem estudos de grande amplitude sobre o assunto, sobretudo os epidemiológicos; portanto, há necessidade de mais pesquisas sobre a investigação da autoimagem e os determinantes para o desenvolvimento de transtornos alimentares, especialmente entre adolescentes e jovens adultos.

Transtornos alimentares (TA) são distúrbios psiquiátricos de etiologia multifatorial caracterizados por consumo, padrões e atitudes alimentares extremamente perturbadas e excessiva preocupação com o peso e a forma corporal (ALVARENGA; SCAGLIUSI; PHILIPP, 2011). Os transtornos alimentares geralmente apresentam as suas primeiras manifestações na infância e na adolescência (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000). Esse tipo de comportamento é influenciado por condições sociais, demográficas e culturais, pela percepção individual e dos alimentos, por experiências prévias e pelo estado nutricional. Na busca por esse estereótipo do corpo perfeito, a perda de peso é induzida por métodos inadequados, como jejum, e o ganho de massa muscular é estimulado por exercícios físicos excessivos, alimentação inadequada e uso de anabolizantes (GONÇALVES et al., 2013).

A maneira como o adolescente percebe seu corpo, é denominada percepção corporal, aspecto importante na formação da sua identidade pessoal. A percepção corporal de um indivíduo é determinada por diversos aspectos presentes em seu cotidiano e é considerado um dos principais determinante do comportamento transtornado (FROIS; MOREIRA; STENGEL, 2011). De acordo com Ciampo; Ciampo, 2010 “satisfação corporal e autopercepção são fatores primordiais na autoaceitação das pessoas e podem gerar atitudes que interferem no seu convívio social”, dessa forma, a percepção corporal do adolescente é determinante direto no comportamento transtornado.

Dentre os transtornos alimentares, os mais conhecidos são a bulimia nervosa (BN) e a anorexia nervosa (AN); quando os critérios diagnósticos não apontam a existência de nenhuma destas síndromes o paciente é diagnosticado

como Transtorno Alimentar Não Especificados (TANE), e dentre estes podemos citar o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódico (TCAP).

A AN pode ser caracterizada como grande perda de peso através de dieta restritiva na busca pela magreza, acompanhada de distúrbios de imagem corporal e amenorreia em mulheres. Outras características comuns são o perfeccionismo, rigidez no comportamento e distorções cognitivas. A BN, surgiu dos termos gregos *bous* (boi) ou *bou* (grande quantidade) e *limeos* (fome), definindo-se assim como fome intensa suficiente para comer um boi, sendo caracterizada pelo ciclo restrição-compulsão-purgação, ou seja, há episódios compulsivos com medidas compensatórias inadequadas.

TCAP é caracterizado por episódios compulsivos, mas sem medidas compensatórias restritivas ou purgativas. Grande parte dos transtornos alimentares são chamados de transtornos alimentares não especificados (TANE). Onde podemos encontrar casos de sugestivos para algum dos dois principais transtornos, AN e BN, porém o paciente não apresenta todos os critérios diagnósticos.

Os comportamentos de risco para TA são diagnosticados através de questionários padronizados, como *Eating Attitudes Test* (EAT), *Eating Disorder Inventory* (EDI), *Eating Disorder Examination* versão questionário (EDE – Q), *Binge Investigatory Test, Edinburgh* (BITE) (LEAL et al., 2012). O presente estudo teve como objetivo relatar nove (09) casos de comportamento alimentar com risco para transtornos alimentares de uma escolar particular no município de Lagarto-SE, caracterizando a população de risco e fatores determinantes para o desenvolvimento destes transtornos.

2. METODOLOGIA

O presente estudo teve característica exploratória e pretendia caracterizar a população com comportamento para transtornos alimentares em adolescentes de uma escola privada do município de Lagarto/SE. A avaliação do comportamento de risco foi realizada em adolescentes de 10 a 15 anos, após consentimento informado assinado pelos pais ou responsáveis. A escola localizada no município de Lagarto, o referido município tem aproximadamente 95.000 habitantes numa área de 969,577 km² localizada na região centro-sul do estado de Sergipe, na região Nordeste do Brasil, sendo destes 9.757 adolescentes do sexo masculino e 9.673 adolescentes do sexo feminino, totalizando aproximadamente 19.430 mil adolescentes no município, de acordo com o censo do IBGE de 2010. Das escolas privadas encontradas no município, há treze escolas de ensino fundamental e duas de ensino médio, havendo cerca de 2.752 e 355 alunos matriculados, respectivamente.

A coleta dos dados, realizada no ambiente escolar durante o ano letivo e no período de aulas; a coleta foi dividida em 3 momentos: 1) Inicialmente a pesquisa foi apresentada ao aluno com entrega do Termo de Consentimento Livre Esclarecido e questionário socioeconômico destinado aos pais; 2) os alunos com permissão à participar da pesquisa foram orientados a responder questionário autoaplicável e de identificação do mesmo; 3) aferição de medidas antropométricas.

O indivíduo foi submetido à aplicação de questionário sobre dados referentes sexo, faixa etária, cor, raça/etnia, nível de escolaridade do chefe da família, renda total da família, renda *per capita* da família peso atual, peso desejado, altura, IMC atual. As informações sobre o chefe da família e a renda estavam em questionário diferente do aplicado para o adolescente para ser respondida por seu responsável e/ou chefe da família.

O estudo teve como ferramenta de pesquisa o questionário autoaplicável EAT-26, traduzida para o português por Nunes et al. e depois validado por Bighetti et al, tal objeto tem como função detectar casos clínicos de AN e identificar indivíduos com preocupações anormais referentes a alimentação e ao peso através de 26 perguntas tendo 5 opções de resposta onde sua

pontuação varia 1 a 5 pontos, como resultado os valores acima de 20 pontos necessitam de investigação para diagnóstico psicológico do transtorno alimentar e valores acima de 78 pontos correspondem a presença de sintomatologia e diagnóstico de TA.

Para análise da presença de BN foi aplicado o questionário BITE traduzido para o português por Cordás e Hochgraff, questionário autoaplicável contendo 33 perguntas relacionadas ao comportamento alimentar e autoimagem pontuadas de acordo com as respostas e analisadas com base no escore pré-definido. Tal questionário tem como função detectar pacientes com BN, a saber que: pontuação de escore >20 revela a presença de comportamento alimentar compulsivo e alta possibilidade de bulimia e pontuação de escore >30 revela presença de bulimia nervosa. Os questionários autoaplicáveis foram escolhidos para a pesquisa por constituírem uma fonte rica de informações que se fossem questionadas em entrevista poderiam gerar constrangimento ao paciente possível em uma entrevista. Além deste também foi utilizado a escala de silhuetas proposta por Stunkard, Sorenson e Schlusinger (1983), na qual o indivíduo marcou a silhueta em que ele se enquadrava segundo sua visão de autoimagem e o avaliador marcou a silhueta em que o mesmo se enquadrava segundo seu biótipo.

Para avaliação antropométrica foi adotada a técnica proposta por Jelliffe (1968), onde dois indivíduos fazem a medida; caso haja diferença, uma terceira pessoa entra e repete o procedimento, e sua medida é considerada a medida mais prevalente ou a média das três, serão utilizados balança de marca digital da marca Eks Focus® de peso máximo estimado em 180kg, e estadiometro de marca CapriceSanny® ES-2060, além de calculadora para determinação do IMC, para classificação de acordo com os parâmetros de Must et al. (1991), e a classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde – OMS (WHO, 2007), em escalas de percentis por faixa etária. Os valores e sua média foram registrados em formulário elaborado pelos pesquisadores.

Para determinação da altura (cm) do indivíduo foi necessário orientar o mesmo a estar descalço e sem nenhum adereço na cabeça; para que o peso de seu corpo esteja bem distribuído em ambos os pés que deviam estar com os calcanhares juntos; vestir roupas leves permitindo observar a posição do corpo

do mesmo, e tal posição deve ter panturrilhas, glúteos, ombros e cabeças tocando a superfície vertical do dispositivo; a cabeça do mesmo devia estar no plano de Frankfurt e os braços alinhados ao longo do corpo com as palmas das mãos voltadas para a coxa; o suporte do estadiometro deveria ser posicionado sobre a cabeça pressionando apenas o cabelo e o examinador de frente para a escala registraria cuidadosamente a medida da altura no centímetro mais próximo. Para aferição do peso (kg) adolescente não apresentava nenhum adorno na cabeça e encontrava-se descalço em posição ortostática sobre a balança.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe obedecendo a Resolução 466/2012 do CONEP. A sua aprovação é consubstanciada pelo parecer nº 1.867.530 e o CAAE nº 60433616.8.0000.5546.

3. RESULTADOS

RELATO 1

Adolescente K.C.J.S., masculino, 10 anos, pardo, apresentava altura de 1,45m, peso atual de 41,4kg e IMC atual de 19,69kg/m², objetivava o peso de 32kg e portanto um IMC de 15,21kg/m²; seu IMC atual encontrava-se adequado, porém o IMC desejado estaria abaixo do saudável para o indivíduo. Em escala de silhuetas o mesmo assinalou imagem não correspondente ao seu biótipo físico, escolhendo imagem de indivíduo com maior presença de gordura corporal do que realmente tem em seu corpo. Em análise de pontuação do teste EAT-26, obteve pontuação de 17 pontos, não necessitando portanto de investigação adicional para diagnóstico psicológico do transtorno alimentar. Porém em análise de pontuação do teste BITE, o mesmo apresentou 25 pontos, revelando a presença de comportamento alimentar compulsivo e alta possibilidade de bulimia nervosa.

RELATO 2

Adolescente G.P.M., masculino, 11 anos, pardo, apresentava altura de 1,47m, peso atual de 37,2kg e IMC atual de 17,21kg/m², desejava atingir peso de 40kg e IMC desejado de 18,51kg/m²; notando-se que o mesmo tem peso e IMC abaixo do saudável, mesmo que atinja o desejado. Em escala de silhuetas o mesmo assinalou imagem correspondente ao seu biótipo físico. Em análise de pontuação do teste EAT-26, obteve pontuação de 36 pontos, com necessidade de investigação psicológica para transtornos alimentares. Em análise do teste BITE, o mesmo atingiu pontuação de 13 pontos, não apresentou sintomatologia de compulsão alimentar e bulimia nervosa.

RELATO 3

Adolescente Y.E.A.C., feminino, 11 anos, parda, apresentava altura de 1,56m, peso atual de 58kg e IMC atual 23,83kg/m², desejava o peso de 45kg e, conseqüentemente, o IMC de 18,49kg/m². O IMC atual encontrava-se adequado e o IMC desejado abaixo do saudável para o indivíduo em questão. À análise de escala de silhueta a adolescente assinalou a imagem referente ao seu biótipo físico. Em análise de pontuação do teste EAT-26, obteve pontuação de 46

pontos, necessitava uma investigação psicológica para transtornos alimentares. Em análise do teste BITE, a mesma atingiu pontuação de 11 pontos, não apresentou sintomatologia para compulsão alimentar e bulimia nervosa.

RELATO 4

Adolescente M.J.J.M.N., masculino, 10 anos, pardo, apresentava altura de 1,45m, peso atual de 42,1kg e IMC atual de 20,02kg/m², desejava atingir peso de 34kg e IMC desejado de 16,17kg/m². Na escala de silhueta o adolescente assinalou imagem não correspondente ao seu biótipo físico, com maior presença de gordura corporal do que realmente tem em seu corpo. Em análise do teste EAT-26, apresentou pontuação de 125 pontos, resultado preocupante, pois confirmou a presença de sintomatologia e diagnóstico de transtorno alimentar. Em análise de pontuação do teste BITE, apresentou 25 pontos, com evidências de presença de comportamento alimentar compulsivo e alta probabilidade de bulimia nervosa.

RELATO 5

Adolescente M.E.L.S., feminino, 13 anos, parda, apresentava altura de 1,54m, peso atual de 40,6kg e IMC atual de 17,11kg/m², desejava atingir peso de 47kg e IMC desejado de 19,81kg/m². Em escala de silhueta a adolescente assinalou a imagem correspondente ao seu biótipo físico. Ao se analisar o resultado do teste EAT-26, apresentou pontuação de 50 pontos, com necessidade de investigação psicológica para confirmar o transtorno alimentar. Em análise de pontuação do teste BITE, apresentou 27 pontos, confirmou a presença de comportamento alimentar compulsivo e alta possibilidade de bulimia nervosa.

RELATO 6

Adolescente D.S.N., feminino, 13 anos, branca, apresentava altura de 1,44m, peso atual de 50,4kg e IMC atual de 24,30kg/m², desejava o peso de 40kg e IMC desejado de 19,29kg/m². Em escala de silhueta, assinalou a imagem correspondente ao seu biótipo físico. Ao se analisar o resultado do teste EAT-26, obteve pontuação de 36 pontos, necessitando portanto de investigação psicológica para transtorno alimentar. Em análise de pontuação do teste BITE,

apresentou pontuação de 8 pontos, sem um quadro de sintomatologia para compulsão alimentar e nem bulimia nervosa.

RELATO 7

Adolescente M.V.A.S., feminino, 12 anos, parda, apresentava altura de 1,56m, peso atual de 70,3kg e IMC atual de 28,88kg/m², desejava atingir peso de 50kg e o IMC desejado de 20,54kg/m². Em escala de silhueta, assinalou a imagem correspondente ao seu biótipo físico. Ao se analisar o resultado do teste EAT-26, obteve pontuação de 29 pontos, necessitava de investigação psicológica para transtorno alimentar. Em análise de pontuação do teste BITE, apresentou pontuação de 5 pontos, portanto sem sintomatologia para compulsão alimentar e bulimia nervosa.

RELATO 8

Adolescente M.C.O.S., feminino, 14 anos, parda, apresentava altura de 1,62m, peso atual de 71kg e IMC atual de 27,05kg/m², desejava o peso de 60kg e, portanto, o IMC desejado de 22,86kg/m². Em escala de silhueta, assinalou imagem correspondente ao seu biótipo físico. Ao se analisar o resultado do teste EAT-26, obteve pontuação de 27 pontos, portanto com necessidade de investigação psicológica para transtorno alimentar. Em análise de pontuação do teste BITE, apresentou pontuação de 14 pontos, sem quadro com sintomatologia para compulsão alimentar e bulimia nervosa.

RELATO 9

Adolescente D.M.S.S., feminino, 13 anos, parda, apresentava altura de 1,50m, peso atual de 36,6kg e IMC atual de 16,26kg/m², almejava o peso de 47kg e o IMC desejado de 20,88kg/m². Em escala de silhueta, assinalou imagem não correspondente ao seu biótipo físico, uma imagem de indivíduo com maior presença de gordura corporal do que realmente tem em seu corpo. Ao analisar teste EAT-26, obteve pontuação de 25 pontos, necessitava de investigação psicológica para transtornos alimentares. Em análise de pontuação do teste BITE, alcançou pontuação de 4 pontos, não apresentava sintomatologia para compulsão alimentar e bulimia nervosa.

O presente estudo apresentou limitações relevantes durante sua construção, o que pode vir a acarretar um viés de seleção. A pesquisa foi apresentada a 275 alunos, sendo que apenas 19 deles demonstraram interesse de participar da coleta e apenas 9 tiveram a permissão dos responsáveis para a participação na pesquisa pudesse ser realizada.

Os indivíduos investigados, tem a necessidade de investigação psicológica para transtornos alimentares, sabendo-se que dos nove casos relatados 8 apresentaram a necessidade de investigação psicológica segundo o teste EAT-26, e três deles apresentaram sintomatologia para compulsão alimentar e provável bulimia nervosa. Além dos achados dos testes de atitude alimentar utilizados na pesquisa, pode ser visto que em análise das escalas de silhuetas aplicado juntamente ao teste, três adolescentes apresentavam percepção da imagem corporal distorcida. Além dos achados registrados nos questionários e escala, é relatado pelos examinadores, que os adolescentes se apresentavam-se receosos e ansiosos durante a aferição antropométrica de sua composição corporal. Ao serem questionados sobre o peso desejado por eles, os mesmos desejavam peso inferior ao encontrado em aferição, sabendo-se que apenas três deles queriam ganhar peso. Ao se calcular IMC desejado a partir do peso desejado, se foi visto que o mesmo não estaria adequado para a fase em que o indivíduo se encontra. A síntese dos valores encontrados na pesquisa podem ser vistos na Tabela 1.

Tabela 1. Características demográficas e do estado nutricional de escolares de uma escola particular, Lagarto-SE, 2016.

	Sexo	Idade (anos)	Raça	Peso Atual (kg)	Peso Desejado (kg)	Altura (cm)	IMC Atual (kg/m ²)	IMC Desejado (kg/m ²)	Eat26	Bit33
1	Masculino	10	Parda	41,1	32	1,45	19,69	15,21	17	25
2	Masculino	11	Parda	37,2	40	1,47	17,21	18,51	36	13
3	Feminino	11	Parda	58	45	1,56	23,83	18,46	46	11
4	Masculino	10	Parda	42,1	34	1,45	20,02	16,17	125	25
5	Feminino	13	Parda	40,6	47	1,54	17,11	19,81	50	27
6	Feminino	13	Branca	50,4	40	1,44	24,3	19,29	36	8
7	Feminino	12	Parda	70,3	50	1,56	28,88	20,54	29	5
8	Feminino	13	Parda	36,6	47	1,5	16,26	20,88	25	4
9	Feminino	14	Parda	71	60	1,62	27,05	22,86	27	14

Fonte: Dados da pesquisa.

4. DISCUSSÃO

A investigação revela que os adolescentes apresentam a necessidade de análise psicológica para transtornos alimentares. Diversos estudos na área têm referido que o diagnóstico de pacientes com transtornos alimentares é complexo e necessita de anamnese clínica detalhada dos pacientes em busca de alterações físicas e funcionais que caracterizem o quadro clínico. Com base nesta limitação, inicialmente os estudos utilizam os questionários autoaplicáveis como *Eating Attitudes Test* (EAT), *Eating Disorder Inventory* (EDI), *Eating Disorder Examination* versão questionário (EDE – Q), *Binge Investigatory Test, Edinburgh* (BITE), que tem o objetivo de evitar o constrangimento do indivíduo. Primeiro o examinador identifica se há a presença da sintomatologia, a seguir avalia por meio de exame físico e psicológico a gravidade do quadro clínico. O presente estudo utilizou dois destes questionários: *Eating Attitudes Test* (EAT), e o *Binge Investigatory Test, Edinburgh* (BITE) (APPOLINÁRIO, CLAUDINO, 2000; CORDÁS, 2004; PHILIPPI, 2011; CONTRERAS; GARCIA, 2011; DIEZ-GARCIA; CERVATO-MANCUSO, 2011; GONÇALVES et al., 2013).

Como comumente relatado na literatura específica, o comportamento transtornado se inicia geralmente durante a infância e adolescência (APPOLINÁRIO, CLAUDINO, 2000; PHILIPPI, 2011; CONTRERAS; GARCIA, 2011; GONÇALVES et al., 2013), fato observado nos casos relatados, onde todos os indivíduos entrevistados apresentam entre 10 e 14 anos de idade. Estudos apontam que há uma predisposição elevada para o desenvolvimento de anorexia nervosa e bulimia nervosa, em estudo brasileiro com 227 adolescentes entrevistadas foi evidenciado que há uma predisposição elevada para o desenvolvimento de anorexia e bulimia, sabendo-se que a pesquisa foi feita usando-se o questionário EAT e BEAT, onde obtiveram resultados de 20,7% e 15,4% respectivamente; resultado este dito como semelhante a de outras pesquisas (LIMA; ROSA; ROSA, 2012).

Nota-se também que a maioria dos artigos descreve que a percepção da imagem corporal dos adolescentes está distorcida, como pode ser visto no estudo de Lima, Rosa, Rosa (2012), onde os entrevistados relatavam preocupação sobre o desejo de estar mais magro, apavoravam-se com o excesso de peso e com o pensamento sobre ter gordura em seus corpos. Em

outro artigo vimos que “estudos prospectivos com 2881 adolescentes mostrou que o diagnóstico prévio de AN e BN estiveram presentes em 24% dos pacientes com BN subclínica e em 31% daqueles com BN clínica.”, o estudo em questão relaciona o desejo de alcançar o corpo perfeito com a presença da patologia em questão (GONÇALVES et al., 2013).

Em pesquisa realizada por Branco, Hilário, Cintra (2006), das 348 adolescentes em eutrofia entrevistadas, 152 (43,6%) se identificaram com algum excesso de peso, e das 42 que apresentaram sobrepeso, 20 (47,6%) se acharam obesas” (BRANCO; HILÁRIO; CINTRA, 2006). Nos relatos de caso um, quatro e nove, desde estudo, os adolescentes entrevistados se identificavam com maior quantidade de gordura corporal do que realmente tinham, deixando claro o desejo de se tornarem mais magros, chegando a atingir, como registrado, um peso inadequado para sua faixa etária e composição corporal, resultado semelhante ao estudo de Branco, Hilário, Cintra (2006), onde para ambos os sexos a percepção real de sua condição é distorcida, e nas meninas há mais casos de superestimação ($\kappa = 43,45\%$) (BRANCO; HILÁRIO; CINTRA, 2006).

A alimentação é considerada uma necessidade básica do ser humano, levando o mesmo a construir hábitos alimentares de acordo com a cultura em que o mesmo se insere. Sendo assim, o hábito alimentar é modificado de acordo com as características histórico-sociais em que o ser humano se insere e a depender dos hábitos passados pelos indivíduos que estão a sua volta e com os quais este convive diariamente. Portanto, o comportamento alimentar é determinado por diversas instancias e moldado a partir dos anos o que chamados de hábitos alimentares (FRIZZON, 2008; GALISA et al., 2014).

O comportamento alimentar é determinado inicialmente pela família em que o indivíduo está inserido, sabendo-se que os pais, em primeira instância, são os responsáveis por alimentar de forma adequada a criança (DIEZ-GARCIA; CERVATO-MANCUSO, 2011; GALISA et al., 2014). Segundo Martins-Filho, 2001 (apud DIEZ-GARCIA; CERVATO-MANCUSO, 2011) “...sabe-se que apenas o desejo dos pais não é o suficiente para garantir uma alimentação satisfatória, uma vez que diversos outros fatores podem influenciar a dieta, tais como: nível de formação e informação dos pais, trabalho dos pais fora de casa, informação da criança pela mídia e influência de outras crianças.” O mesmo

autor diz ainda que “cerca de 86% das crianças afirmam “comer o que querem, quando querem e onde querem”. Em pesquisa Quaioti, 2002 (apud DIEZ-GARCIA; CERVATO-MANCUSO, 2011) viu que “no Brasil, esse percentual é de 63% atualmente, contra 24% em 1960”.

A imagem corporal da criança é formada acerca dos dois anos de idade, quando ela toma consciência sobre seu corpo e o reconhece no espelho, já aos sete anos o indivíduo tem capacidade de desenvolver interesse por suas formas corporais começando a sentir vontade de perder peso. Esse reconhecimento e vontades podem ser influenciados a partir de diversos determinantes, como por exemplo: experiências prévias com dietas, condições sociais, demográficas, culturais, o ambiente em que o indivíduo está inserido, a influência da mídia sobre o consumo de determinados alimentos e o ideário do corpo perfeito. A depender das influências sofridas na infância e adolescência o indivíduo pode desenvolver transtornos alimentares e começar a apresentar sintomas no início de sua adolescência (PHILIPPI, 2011; CONTRERAS; GARCIA, 2011; DIEZ-GARCIA; CERVATO-MANCUSO, 2011; GONÇALVES et al., 2013; GALISA et al., 2014).

Nos casos apresentados aqui, verifica-se que, assim como nos estudos publicados, os indivíduos possivelmente sofrem ação de diversos determinantes que os levam a apresentar os resultados encontrados (PHILIPPI, 2011; CONTRERAS; GARCIA, 2011; DIEZ-GARCIA; CERVATO-MANCUSO, 2011; GONÇALVES et al., 2013). Sabe-se que adolescente em fase escolar pode alterar sua percepção sobre o próprio corpo e sua relação com os alimentos que costuma consumir; decorrente da sua relação com outros adolescentes, e que tendem a seguir padrões para se inserir em grupos sociais, o que os leva a querer alcançar o ideário do corpo perfeito e em contraposição consumir os alimentos da moda que normalmente são divulgados nas mídias que os rodeiam, como internet, revistas e televisão. O imagem ilusória do corpo perfeito por sua vez, leva os adolescentes a usarem de dietas da moda para alcançar seus objetivos, expondo o mesmo a um ciclo que leva a distorção de sua imagem corporal e eles se veem obrigado a seguir padrões impostos pela sociedade, mesmo que este não seja saudável.

Assim como visto por Galisa et al., adolescentes tendem a ter dificuldade em aceitar os valores existentes na sociedade em que vivem, seja por estar buscando autoafirmação de sua identidade ou por insatisfações corporais comuns a esta fase da vida; adolescentes procuram constantemente enquadrar-se ao estilo de vida de grupos sociais que possam vir a aceita-lo, e sendo assim mudam seus hábitos alimentares e sua sua percepção corporal (GALISA et al., 2014).

Este comportamento pode ser explicado por Diez-Garcia; Cervato-Mancuso (2011), pois segundo esses autores, quando a criança é inserida no ambiente escolar, este passa a desempenhar papel fundamental no comportamento alimentar, visto que há crianças que costumam repetir o consumo do alimento oferecido pela instituição, consumir este alimento junto aos lanches trazidos de casa e até mesmo adquirir alimentos ultra processados em cantinas ainda existentes em algumas escolas. Além disso o ato de se inserir em um novo grupo social, leva estes indivíduos a desenvolverem novos hábitos alimentares devido a influência destes, que podem levar a criança a recusar-se a consumir certos alimentos ou desejarem consumir alimentos específicos (DIEZ-GARCIA; CERVATO-MANCUSO, 2011).

Outro determinante para o comportamento transtornado, citado em diversos artigos, é a mídia, considerada um importante fator envolvido na construção da imagem corporal dos indivíduos especialmente adolescentes que estão em fase de construção da sua identidade pessoal e de percepção de suas novas formas corporais. Dentre as principais mídias que tendem a influenciar a visão dos adolescentes, encontram-se a televisão e a internet, locais em que ideários do corpo perfeito, esculpido e moldado artificialmente são expostos ao público e nomeados como o padrão socialmente aceito. Sendo assim o adolescente como integrante de um grupo social, tende a ser convencido a seguir tais regras, iniciando uma trajetória que pode culminar e entrar assim para um grupo de risco de indivíduos transtornados que distorcem sua visão corporal e apelam para comportamentos alimentares inadequados e perigosos para sua saúde e desenvolvimento físico e emocional, além da formação inadequada de hábitos alimentares (CIAMPO; CIAMPO, 2010; FROIS; MOREIRA; STENGEL, 2011; GALISA et al., 2014).

Referindo a estudos anteriores, o grupo pesquisado no presente artigo é formado por adolescentes inseridos em grupos sociais e expostos as mídias influenciadoras. Tais sujeitos em meio à contemporaneidade em que se inserem, tendem a estarem vinculados as mídias, em especial a internet e as diversas comunidades encontradas nesta, sendo assim o mesmo acaba sendo apresentado a um mundo onde para ser aceito ele deve seguir padrões como: ter um corpo magro ou com músculos notáveis, frequentar academias de ginastica e consumir alimentos que o levem a ter o corpo com as formas esperadas.

As transtornos alimentares estudados neste artigo tem início comum durante a adolescência, sendo a anorexia encontrada em indivíduos a partir dos 7 anos de idade e a bulimia nervosa diagnosticada muito raramente antes do início da puberdade. (GONÇALVES et. al., 2013). Portanto, o grupo de elementos estudados aqui se encontram dentro da faixa etária encontrada em demais estudos e expostas aos determinantes mais estudados e citados por outros especialistas, moldando assim o habito alimentar do indivíduo.

O presente estudo apresentou como a principal dificuldade para sua execução de desenvolvimento a participação do público alvo, tal evento não ocorreu unicamente na construção deste artigo, pois em estudos como o de Gonçalves et al, 2013, também foi relatado tal recusa, já que há problemas para se agrupar tais indivíduos da mesma faixa etária dispostos a colaborar. O autor diz que “deve-se destacar que tais valores podem ser subestimados devido à recusa de indivíduos com transtornos em participar de pesquisas” (GONÇALVES et. al., 2013).

5. CONCLUSÃO

O presente estudo apresentou 9 casos sobre adolescentes e a presença de comportamento de risco nessa fase da vida. Destes relatos apenas um adolescente não apresentou indicação para investigação psicológica para transtornos alimentares de acordo com o teste EAT-26. Dos nove casos, três apresentaram sintomatologia para compulsão alimentar e provável bulimia nervosa segundo o teste BITE; incluindo o adolescente do relato de caso com resultado negativo no teste EAT-26. A percepção corporal distorcida também foi encontrada em três adolescentes e destes dois afirmavam querer perder peso.

Os casos relatados e analisados nesse artigo, necessitam de avaliação e acompanhamento psicológico para possível diagnóstico positivo para as patologias e acompanhamento psicoterápico. Além disto, para os casos com diagnóstico positivo, o acompanhamento nutricional para reeducação alimentar e acompanhamento para evolução do caso clínico é necessária, visto que há uma necessidade de mudança de hábitos alimentares que levem o indivíduo a desenvolver uma boa relação com o alimento.

Apesar da complexidade para chegar-se ao diagnóstico de transtornos alimentares, devido heterogeneidade dos determinantes da patologia, os relatos de casos mostraram que esse problema sociosanitário tem se tornado cada vez mais comum entre os adolescentes, confirmando que esse grupo em questão está suscetível a doença por fatores comumente citados na bibliografia; necessitando portanto de reconhecimento para ampliação do número de estudos, sobretudo epidemiológicos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARENGA, M. D. S.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPP, S. T. **Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias**. Revista de Psiquiatria Clinica, v. 38, n. 1, p. 3–7, 2011.

APPOLINÁRIO, J.C.; CLAUDINO, A.M. **Transtornos alimentares**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 22, n. Supl II, p. 28–31, 2000.

BRANCO, Lucia Maria; HILÁRIO, Maria Odete Esteves; CINTRA, Isa de Pádua. **Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional**. Revista Psiquiatrica Clínica, São Paulo, v. 33, n. 6, p.01-08, jan. 2006.

CIAMPO, Luiz Antonio del; CIAMPO, Ieda Regina Lopes del. **Adolescência e imagem corporal**. Adolescência & Saúde, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p.55-59, out. 2010. Bimestral.

CORDÁS, T. A. **Classification and Diagnosis of Eating Disorders**. Revista de Psiquiatria Clinica, v. 31, n. 4, p. 154–157, 2004.

CONTRERAS, J.; GRACIA, M. **Alimentação, sociedade e cultura**. 22 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

DIEZ-GARCIA, R. W; CERVATO-MANCUSO, A. M. **Mudanças Alimentares e Educação Nutricional** - Série de Nutrição e Metabolismo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 411

FRIZON, Janete Diane. **Hábitos alimentares e qualidade de vida: uma discussão sobre a alimentação escolar**. 2008. Disponível em: <<http://www.unioeste.br/cursos/cascavel/pedagogia/eventos/2008/2/Artigo04.pdf>>. Acesso em: 11 abril. 2017.

FROIS, Erica; MOREIRA, Jacqueline; STENGEL, Márcia. **Mídias e a imagem corporal na adolescência: o corpo em discussão**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 16, n. 1, p.71-77, mar. 2011.

GALISA, Mônica et al. **Educação Alimentar e Nutricional: Da teoria à prática**. Vila Mariana, Sp: Roca, 2014. 293 p.

GONÇALVES, J. D. A. et al. **Transtornos alimentares na infância e na adolescência.** Revista Paulista de Pediatria, v. 31, n. 1, p. 96–103, 2013.

LEAL, V.S.L. et al. **O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes?** J. Bras. Psiquiatr, São Paulo, 2013. p. 53-75.

LIMA, Nádia Laguárdia de; ROSA, Carla de Oliveira Barbosa; ROSA, José Francisco Vilela. **Identificação de fatores de predisposição aos transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosa em adolescentes de Belo Horizonte, Minas Gerais.** Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.360-378, maio 2012.

PHILIPPI, S.T. **Nutrição e transtornos alimentares: Avaliação e tratamento.** 1. ed. Barueri: Manole, 2011.

Anexo 1

Regras da revista

A **RBONE** adota as regras de preparação de manuscritos que seguem os padrões da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) que se baseiam no padrão Internacional - ISO (International Organization for Standardization), em função das características e especificidade da **RBONE** apresenta o seguinte padrão.

INSTRUÇÕES PARA ENVIO

O artigo submetido deve ser digitado em espaço duplo, papel tamanho A4 (21 x 29,7), com margem superior de 2,5 cm, inferior 2,5, esquerda 2,5, direita 2,5, sem numerar linhas, parágrafos e as páginas; as legendas das figuras e as tabelas devem vir no local do texto, no mesmo arquivo. Os manuscritos que não estiverem de acordo com as instruções a seguir em relação ao estilo e ao formato será devolvido sem revisão pelo Conselho Editorial.

FORMATO DOS ARQUIVOS

Para o texto, usar editor de texto do tipo Microsoft Word para Windows ou equivalente, fonte Arial, tamanho 12, as figuras deverão estar nos formatos JPG, PNG ou TIFF.

ARTIGO ORIGINAL

Um artigo original deve conter a formatação acima e ser estruturado com os seguintes itens, cada um começando por uma página diferente:

Página título: deve conter

- (1) o título do artigo, que deve ser objetivo, mas informativo;
- (2) nomes completos dos autores; instituição (ões) de origem, com cidade, estado e país, se fora do Brasil;
- (3) nome do autor correspondente, com endereço completo e e-mail de todos os autores.

Resumo: deve conter

- (1) o resumo em português, com não mais do que 250 palavras, estruturado de forma a conter: introdução e objetivo, materiais e métodos, discussão, resultados e conclusão;
- (2) três a cinco palavras-chave, que não constem no título do artigo. Usar obrigatoriamente termos do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (<http://goo.gl/5RVOAa>);
- (3) o resumo em inglês (abstract), representando a tradução do resumo para a língua inglesa
- (4) três a cinco palavras-chave em inglês (key words).

Introdução: deve conter (1) justificativa objetiva para o estudo, com referências pertinentes ao assunto, sem realizar uma revisão extensa e o objetivo do artigo deve vir no último parágrafo.

Materiais e Métodos: deve conter

- (1) descrição clara da amostra utilizada;
- (2) termo de consentimento para estudos experimentais envolvendo humanos;
- (3) identificação dos métodos, materiais (marca e modelo entre parênteses) e procedimentos utilizados de modo suficientemente detalhado, de forma a permitir a reprodução dos resultados pelos leitores;
- (4) descrição breve e referências de métodos publicados, mas não amplamente conhecidos;
- (5) descrição de métodos novos ou modificados;
- (6) quando pertinente, incluir a análise estatística utilizada, bem como os programas utilizados. No texto, números menores que 10 são escritos por extenso, enquanto que números de 10 em diante são expressos em algarismos arábicos.

Resultados: deve conter

- (1) apresentação dos resultados em sequência lógica, em forma de texto, tabelas e ilustrações; evitar repetição excessiva de dados em tabelas ou ilustrações e no texto;
- (2) enfatizar somente observações importantes.

Discussão: deve conter

- (1) ênfase nos aspectos originais e importantes do estudo, evitando repetir em detalhes dados já apresentados na Introdução e nos Resultados;
- (2) relevância e limitações dos achados, confrontando com os dados da literatura, incluindo implicações para futuros estudos;
- (3) ligação das conclusões com os objetivos do estudo.

Conclusão: deve ser obtida a partir dos resultados obtidos no estudo e deve responder os objetivos propostos.

Agradecimentos: deve conter

- (1) contribuições que justificam agradecimentos, mas não autoria;
- (2) fontes de financiamento e apoio de uma forma geral.

Citação: deve utilizar o sistema autor-data.

Fazer a citação com o sobrenome do autor (es) seguido de data separado por vírgula e entre parênteses. Exemplo: (Bacurau, 2001). Até três autores, mencionar todos, usar a expressão colaboradores, para quatro ou mais autores, usando o sobrenome do primeiro autor e a expressão. Exemplo: (Bacurau e colaboradores, 2001).

A citação só poderá ser a parafraseada.

Referências: as referências devem ser escritas em sequência alfabética. O estilo das referências deve seguir as normas da **RBONE** e os exemplos mais comuns são mostrados a seguir. Deve-se evitar utilização de “comunicações pessoais” ou “observações não publicadas” como referências.

Exemplos:

- 1) Artigo padrão em periódico (deve-se listar todos os autores):

Amorim, P.A. Distribuição da Gordura Corpórea como Fator de Risco no desenvolvimento de Doenças Arteriais Coronarianas: Uma Revisão de Literatura. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Londrina. Vol. 2. Num. 4. 1997. p. 59-75.

2) Autor institucional:

Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Institui diretrizes para Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Portaria interministerial, Num. 1010 de 8 de maio de 2006. Brasília. 2006.

3) Livro com autor (es) responsáveis por todo o conteúdo:

Bacurau, R.F.; Navarro, F.; Uchida, M.C.; Rosa, L.F.B.P.C. Hipertrofia Hiperplasia: Fisiologia, Nutrição e Treinamento do Crescimento Muscular. São Paulo. Phorte. 2001. p. 210.

4) Livro com editor (es) como autor (es):

Diener, H.C.; Wilkinson, M. editors. Druginduced headache. New York. Springer- Verlag. 1988. p. 120.

5) Capítulo de livro:

Tateyama, M.S.; Navarro, A.C. A Eficiência do Sistema de Ataque Quatro em Linha no Futsal. IN Navarro, A.C.; Almeida, R. Futsal. São Paulo. Phorte. 2008.

6) Dissertação de Mestrado ou Tese de Doutorado:

Navarro, A.C. Um Estudo de Caso sobre a Ciência no Brasil: Os Trabalhos em Fisiologia no Instituto de Ciências Biomédicas e no Instituto de Biociência da Universidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado. PUC-SP. São Paulo. 2005.

TABELAS

As tabelas devem ser numeradas sequencialmente em algarismo arábico e ter títulos sucintos, assim como, podem conter números e/ou textos sucintos (para números usar até duas casas decimais após a vírgula; e as abreviaturas devem estar de acordo com as utilizadas no corpo do texto; quando necessário usar legenda para identificação de símbolos padrões e universais). As tabelas

devem ser criadas a partir do editor de texto Word ou equivalente, com no mínimo fonte de tamanho 10.

FIGURAS

Serão aceitas fotos ou figuras em preto-e-branco. Figuras coloridas são incentivadas pelo Editor, pois a revista é eletrônica, processo que facilita a sua publicação. Não utilizar tons de cinza. As figuras quando impressas devem ter bom contraste e largura legível. Os desenhos das figuras devem ser consistentes e tão simples quanto possíveis. Todas as linhas devem ser sólidas. Para gráficos de barra, por exemplo, utilizar barras brancas, pretas, com linhas diagonais nas duas direções, linhas em xadrez, linhas horizontais e verticais.

A **RBONE** desestimula fortemente o envio de fotografias de equipamentos e animais. Utilizar fontes de no mínimo 10 pontos para letras, números e símbolos, com espaçamento e alinhamento adequados. Quando a figura representar uma radiografia ou fotografia sugerimos incluir a escala de tamanho quando pertinente. A resolução para a imagem deve ser de no máximo 300 dpi afim de uma impressão adequada.

RELATO DE CASO

A **RBONE** estimula autores a submeter artigos de relato de caso, descrevendo casos clínicos específicos que tragam informações relevantes e ilustrativas sobre diagnóstico ou tratamento de um caso particular que seja raro na Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

Os artigos devem ser objetivos e precisos, contendo os seguintes itens:

- 1) Um Resumo e um Abstract contendo as implicações clínicas;
- 2) Uma Introdução com comentários sobre o problema clínico que será abordado, utilizando o caso como exemplo. É importante documentar a concordância do paciente em utilizar os seus dados clínicos;
- 3) Um Relato objetivo contendo a história, a avaliação física e os achados de exames complementares, bem como o tratamento e o acompanhamento;
- 4) Uma Discussão explicando em detalhes as implicações clínicas do caso em

questão, e confrontando com dados da literatura, incluindo casos semelhantes relatados na literatura.